

USTED TIENE DERECHO A

Dar instrucciones acerca de su propia atención médica. Nombrar a un representante para tomar decisiones acerca de sus cuidados médicos.

El documento que se llama la Directiva anticipada para la atención médica le permite realizar ambas cosas. Además, la Directiva anticipada para la atención médica le permite indicar sus deseos en cuanto a las donaciones de órganos o tejidos.

En la Directiva anticipada para la atención médica, no aparecen todas las elecciones aprobadas por las leyes de Delaware. Y puesto que es solamente un formulario, puede que los términos y las frases que se utilizan no apliquen a las circunstancias suyas. Se le aconseja que consulte con un abogado privado si quisiera modificar el documento.

AL COMPLETAR LA DIRECTIVA ANTICIPADA PARA LA ATENCIÓN MÉDICA ADJUNTA, RECORTE ESTA TARJETA Y GUÁRDELA EN SU BILLETERA.

ATTENTION HEALTH CARE PROVIDERS

Aviso a los proveedores de atención médica

I have an Advance Health Care Directive.
Tengo una Directiva anticipada para la atención médica.

My health care agent is:
Mi representante de atención médica es:

Name/*nombre:* _____

Address/*dirección:* _____

Phone/*teléfono:* _____

Please consult this document and/or my health care agent.
Favor referirse a este documento y/o a mi representante.

Signature/*firma:* _____



DELAWARE HEALTH AND SOCIAL SERVICES
Division of Services for Aging and
Adults with Physical Disabilities



DIRECTIVA ANTICIPADA PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

USTED TIENE DERECHO A

DAR INSTRUCCIONES ACERCA DE
SU PROPIA ATENCIÓN MÉDICA.

NOMBRAR A UN REPRESENTANTE
PARA TOMAR DECISIONES ACERCA
DE SUS CUIDADOS MÉDICOS.



DELAWARE HEALTH AND SOCIAL SERVICES
Division of Services for Aging and
Adults with Physical Disabilities

CÓMO COMPLETAR LA DIRECTIVA ANTICIPADA PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

La Parte I de este documento le da instrucciones detalladas acerca de sus decisiones de atención médica. Se le facilitan varias elecciones para que usted indique cuáles son sus deseos en cuanto a recibir, suspender o terminar un tratamiento con el fin de permanecer vivo. Inclusive le da la opción de recibir alimentación artificial e hidratación así como el alivio de dolor. Las elecciones que usted haga solamente entran en vigor si usted se encuentra en una “condición predefinida”. Una “condición predefinida” se refiere a un estado clínico terminal o a la inconsciencia permanente.

La Parte II de este documento es el Poder Notarial para la atención médica. Le da la oportunidad de nombrar a un representante para que tome decisiones acerca de los cuidados médicos de usted, si un médico determina que usted no es capaz de tomarlas por sí mismo. También puede nombrar a otro representante para servir de suplente si el primero no está dispuesto, no es capaz o no está razonablemente accesible para tomar decisiones en nombre suyo. A menos que el representante esté emparentado con usted, no puede ser un administrador o empleado de un centro de atención médica residencial y de largo plazo donde usted recibe atención.

Si usted no se encuentra en un estado clínico terminal o permanentemente inconsciente, su agente puede tomar todas sus decisiones de atención médica salvo las de suministrar, retener o terminar un procedimiento de soporte vital. A no ser que usted limite la autoridad de su representante, tendrá derecho a:

- Dar o rehusar consentimiento para todo tipo de atención médica, servicio o procedimiento para

mantener, diagnosticar o afectar de otra manera una condición física o mental, salvo si es un procedimiento de soporte vital o legalmente obligatorio.

- Elegir o despedir a los proveedores e instituciones de atención médica.

Si usted se encuentra en un estado terminal o permanentemente inconsciente, su representante puede tomar todas las decisiones relacionadas con su atención médica, que incluyen, pero no se limitan a, las siguientes:

- Las decisiones citadas arriba.
- Dar o rehusar consentimiento para procedimientos de soporte vital tales como la resucitación cardiopulmonar, o la orden de no resucitar, entre otros.
- Dirigir la provisión, la retención o la terminación de la alimentación artificial e hidratación, y todos los servicios médicos.

Al dar instrucciones adicionales, acuérdesse que su representante se ve obligado a cumplir con los deseos que usted ha indicado. Dado que no es posible predecir toda situación médica, es importante que usted no restrinja a su representante sin querer.

La Parte III del documento le da la oportunidad de indicar el deseo de donar sus órganos y tejidos tras su fallecimiento.

Tras completar este formulario, ponga su firma y la fecha al final. Se requiere que dos personas adicionales firmen como testigos. Aunque no es obligatorio, se le recomienda firmar en presencia de un notario público. Dé una copia del documento firmado y completado a su médico, a cualquier otro proveedor de atención médica, y a los representantes que ha nombrado. Usted debe hablar con el representante nombrado en la directiva para asegurar que está consciente de los deseos de usted y que está dispuesto a asumir esta responsabilidad.

Usted tiene derecho a revocar esta directiva anticipada para la atención médica o reemplazarla en cualquier momento.

El completar una Directiva anticipada para la atención médica es un acto voluntario. Si usted no estipula instrucciones anticipadas acerca de sus cuidados médicos o si no ha nombrado a un representante dentro de un documento de poder notarial para atención médica, se le pedirá a un sustituto que tome decisiones de su parte. En la mayoría de los casos, el sustituto es un familiar. Las personas citadas abajo serán solicitadas para desempeñar el papel de sustituto, en el siguiente orden:

1. su esposo
2. un hijo adulto
3. un padre
4. un hermano adulto
5. un nieto adulto
6. un sobrino
7. un adulto que ha demostrado atención y afecto especial para el paciente, si este es nombrado como guardián por la Corte de Equidad para este propósito.

*El decreto de fallecer con dignidad
[Death with Dignity Act] se encuentra en su totalidad
en el Título 16, Capítulo 25 del Código de
Reglamentos de Delaware.*

